

ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПАЦИЕНТОВ

Плиш А.В.¹, Новикова Л.Г.², Ловенецкий А.Н.³,

Сазонов М.В.⁴, Титович С.И.⁵

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет» ,*

Витебские городские поликлиники №3², №1³, №4⁴, №6⁵

В последние десятилетия в обществе произошли фундаментальные социально-экономические преобразования, которые предопределяют необходимость увеличения активности, изменения стиля и образа жизни людей. Это проявляется комплексным воздействием процессов перемен на состояние здоровья населения, которое, несмотря на некоторую стабилизацию, по ряду классов продолжает ухудшаться. Медико-гигиеническая значимость этой проблемы обусловлена увеличением потребности в медицинских услугах (МУ). Социально-экономическая же значимость состоит в том, что общество вынуждено нести дополнительные издержки на оказание медицинской помощи (МП), на восстановление и укрепление общественного здоровья. К тому же развитие современной медицины и появление новейших медицинских технологий (МТ) также значительно увеличивает стоимость МУ, особенно стационарной помощи, которая является наиболее ресурсоемким сектором здравоохранения.

Вышесказанное подтверждает необходимость приоритетного развития двух направлений: 1) разработка и реализация медико-социальных и социально-экономических механизмов регуляции поведения людей в целях сохранения и укрепления их здоровья и 2) структурное преобразование организаций здравоохранения в соответствии с объемами и сложностью оказываемых ими МУ. В этом плане наиболее перспективным направлением являются стационарозамещающие технологии (СЗТ), в том числе дневные стационары (ДС), как самостоятельный вид деятельности. Поэтому нами проведен системный анализ 700 случаев реализации СЗТ.

Цель. Изучение роли медико-социальной активности населения в формировании удовлетворенности пациентов реализованными СЗТ, как одного из основных компонентов качества медицинской помощи (КМП).

Методы и средства. Методологической основой работы стал системный анализ в сочетании с общенаучными, аналитико-прогностическими методами и методическими приемами.

Результаты. В соответствии с целью исследования нами создана специальная программно-технологическая система исследования СЗТ на примере ДС. Сбор информации осуществлялся с помощью разработанной нами «Программы исследования деятельности дневных стационаров», состоящей из двух частей: «Оценка качества оказания медицинских услуг в условиях дневного стационара» и «Аудиторская экспертная оценка качества и эффективности стационарозамещающих технологий». Сказанное обеспечило возможность получения многофакторной характеристики реализованных СЗТ и проведения их многомерной оценки посредством анкетного опроса пациентов и аудиторской группы экспертов. В итоге собрано 1400 носителей информации, в виде набора факторов и показателей.

Анализ полученных данных осуществлен посредством информационной модели изучения СЗТ, представляющей собой электронную базу данных. Анализировались только статистически достоверные факторы, для которых значение вероятности $P < 0,05$. Установлены достоверные сопряженности компонентов СЗТ с результатами аудиторской экспертной оценки и оценки пациентов. Полученные факторы подвергнуты рейтинг-шкалированию в соответствии с величиной критерия Фишера от наименьшего к большему до порогового значения $P < 0,05$. Таким образом, проведено распределение достоверных признаков в порядке их значимости и степени влияния на изучаемый процесс: чем меньше рейтинг, тем большую значимость, а, следовательно, и приоритетность имеет фактор.

Наличие сложного комплекса факторов, влияющих на общественное здоровье, требует разработки и внедрения медико-организационных технологий для превентивной медицины. В этой связи особый интерес представляет анализ медико-социальной активности пациентов. Установлено, что 51,14 % пациентов внимательно относятся к своему здоровью, как «так себе» – 46,43 % и всего лишь 2,43 % не внимательно. При этом, сразу же изменить свой образ жизни, если это необходимо для сохранения здоровья, готовы лишь 14,29 % опрошенных. Значительное число респондентов – 39,57 % полагают, что достаточно всего лишь 1 раз в год проводить отпуск в санатории (профилактории, доме отдыха), чтобы быть здоровым, и только 16,00 % считает необходимым регулярно заниматься

физкультурой. Посещают врача с профилактической целью по собственной инициативе только 5,00 % обследованного контингента. Более половины пациентов не посещает врача даже при наличии первых симптомов заболеваний 50,29 %.

Эффективность проведения диспансеризации в организациях здравоохранения обусловлена такими компонентами медико-социальной активности населения как регулярное посещение врача. Однако, даже при наличии хронической патологии только 19,29 % больных считают необходимым систематическое наблюдение специалистов.

Учитывая, что основную информацию о профилактических мероприятиях пациент должен получать от лечащего врача, мы проанализировали объем рекомендаций, данных пациенту при его выписке из ДС. Установлено, что более половины пациентов (60,86 %), прошедших лечения в ДС не проинформированы о существующих у них факторах риска развития заболеваний. В том числе 8,15 % из них не получили рекомендаций по профилактике и лечению имеющихся у них сопутствующих заболеваний.

Проведенный нами углубленный многофакторный анализ показал, что полный объем рекомендаций, данных пациентам при выписке из ДС, во многом определяет удовлетворенность пациентов полученной МП. Это доказывают раскрытые и ранжированные достоверно значимые сопряженности. Так пациенты, которым в полном объеме даны рекомендации, оценили: «отлично» работу ДС в целом ($P = 0,0000$); «отлично» качество обследования в ДС ($P = 0,0000$); «отлично» качество лечения в ДС ($P = 0,0000$); «отлично» качество и эффективность медицинского обслуживания в ДС ($P = 0,0012$). Эта группа пациентов полностью удовлетворена продолжительностью лечения в ДС ($P = 0,0000$), достигнутым результатом лечения в ДС ($P = 0,0000$) и работой лечащего врача ($P = 0,0002$).

Несмотря на позитивные характеристики реализованных МТ, отсутствие рекомендаций по профилактике факторов риска снизила удовлетворенность пациентов полученной МП. Респонденты данной когорты оценили «так себе» удовлетворенность результатом лечения в ДС ($P = 0,0000$); «удовлетворительно» – качество и эффективность проведенного обследования ($P = 0,0000$); «так себе» – удовлетворенность продолжительностью лечения ($P = 0,0000$); «удовлетворительно» – качество и эффективность медицинского обслуживания ($P = 0,0000$); «удовлетворительно» – работу ДС в целом ($P = 0,0000$); «удовлетворительно» – качество и эффективность

лечения ДС ($P = 0,0001$); «так себе» – удовлетворенность работой врача ($P = 0,0001$).

Если рекомендации относились только к лечению основного заболевания, то удовлетворенность пациентов была еще ниже: «так себе» – результат лечения в ДС ($P = 0,0001$); «неудовлетворительно» – качество и эффективность лечения ($P = 0,0173$); «неудовлетворительно» – качество и эффективность медицинского обслуживания ($P = 0,0328$); «неудовлетворительно» – качество и эффективность обследования ($P = 0,0371$). Кроме того пациенты указали на недостаточную информацию пациентов о результатах обследования ($P = 0,0105$) и о проведенном лечении ($P = 0,0386$).

Успешность проведения лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий и их социально-экономическая значимость во многом зависит от медико-социальной активности населения. Поэтому мы провели углубленный анализ атрибутов, характеризующих выполнение пациентами рекомендаций врача. Установлено, что только 16,57 % пациентов всегда выполняют назначения врача, не выполняют вообще – 1,57 % и основная масса – 81,86 % выполняют не все назначения.

Таким образом, медико-социальная позиция населения и его активность оказывает значительное влияние не только на показатели общественного здоровья, но и на процесс формирования удовлетворенности пациентов полученной медицинской помощью. Поэтому крайне необходимы организационные технологии, направленные на повышение удовлетворенности пациентов медицинским обслуживанием и устранение причин, снижающих медицинскую активность населения. Значимость и последовательность проведения медико-организационных мероприятий определяется посредством установления и рейтинг-шкалирования атрибутов, достоверно ($P < 0,05$) характеризующих качество медицинской помощи.